



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

DALILA FREITAS ROCHA SILVA

**A NECESSIDADE DE EXPANSÃO DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE NO
BRASIL: A URGÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
GERENCIAMENTO DE SANGUE DO PACIENTE (PBM) DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

**ARIQUEMES - RO
2024**

DALILA FREITAS ROCHA SILVA

**A NECESSIDADE DE EXPANSÃO DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE NO
BRASIL: A URGÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
GERENCIAMENTO DE SANGUE DO PACIENTE (PBM) DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Direito do Centro Universitário
FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para
obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Hudson Carlos Avancini
Persch.

**ARIQUEMES - RO
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586n Silva, Dalila Freitas Rocha.

A necessidade de expansão do direito ao acesso à saúde no Brasil: a urgência da implementação do programa de gerenciamento de sangue do paciente (PBM) da organização mundial da saúde. / Dalila Freitas Rocha Silva. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, 2024.

44 f.

Orientador: Prof. Me. Hudson Carlos Avancini Persch.

Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Direito – Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2024.

1. Avanço científico. 2. Direito à saúde. 3. Gerenciamento de sangue. 4. Protocolos médicos. 5. Tratamento não-transfusional. I. Título. II. Persch, Hudson Carlos Avancini.

CDD 340

Bibliotecária Responsável
Isabelle da Silva Souza
CRB 1148/11

DALILA FREITAS ROCHA SILVA

**A NECESSIDADE DE EXPANSÃO DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE NO
BRASIL: A URGÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
GERENCIAMENTO DE SANGUE DO PACIENTE (PBM) DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Direito do Centro Universitário
FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para
obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Hudson Carlos Avancini
Persch.

BANCA EXAMINADORA

Assinado digitalmente por: HUDSON CARLOS AVANCINI PERSCH
Razão: Sou Responsável pelo Documento
Localização: UNIFAEMA - Ariquemes/RO
O tempo: 11-11-2024 11:06:56

Prof. Me. Hudson Carlos Avancini Persch
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

**PAULO ROBERTO
MELONI MONTEIRA
BRESSAN**

Assinado digitalmente por PAULO ROBERTO MELONI MONTEIRA
BRESSAN
DN: C=BR, S=Rondonia, L=Ariquemes, O=Centro Universitario
Faema - UNIFAEMA, CN=PAULO ROBERTO MELONI MONTEIRA
BRESSAN, OU=PAULO ROBERTO MELONI MONTEIRA
BRESSAN
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: Ariquemes/RO
Data: 2024.11.14 13:52:06-0400
Foxit PDF Reader Versão: 2024.3.0

Prof. Me. Paulo Roberto Meloni Monteiro-Bressan
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

**EVERTON BALBO
DOS SANTOS**

Assinado digitalmente por EVERTON BALBO DOS SANTOS
DN: C=BR, S=Rondonia, L=Ariquemes, O=Centro
Universitario Faema - UNIFAEMA, CN=EVERTON BALBO
DOS SANTOS, OU=EVERTON BALBO DOS SANTOS
Razão: Eu revisei este documento
Localização: Ariquemes, Rondonia
Data: 2024.11.13 16:58:30-04'00'
Foxit Reader Versão: 10.1.3

Prof. Me. Everton Balbo dos Santos
Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

**ARIQUEMES – RO
2024**

*Dedico esta monografia ao
Legislador das leis da física e, por
consequinte, das estrelas e de todo
Universo – certamente, as leis
mais estáveis e fidedignas.*

AGRADECIMENTOS

Brené Brown uma vez disse que "o pertencimento é a verdadeira experiência de ser aceito por quem você é" e, creio que, nesses cinco anos, uma das maiores lições que tenho aprendido é justamente essa.

Inúmeros problemas, ansiedades e medos permearam esse período, porém, mesmo diante de tantas muralhas a serem escaladas, uma pandemia global e a transição para a vida adulta nesse meio tempo, nunca estive só, e aprendi a discernir os lugares e pessoas às quais eu realmente pertencço.

Meus pais e meu irmão - meus maiores incentivadores -, minha família de coração, amigos, colegas, professores - especialmente meu orientador - me mostraram que defender o que eu acredito vale a pena e, graças a todo suporte, em todos os aspectos, eu estou caminhando para concluir mais um capítulo da minha história e lágrimas marejam meus olhos sempre que penso nisso.

Sem dúvidas, eu não posso dimensionar em palavras a gratidão astronômica que sinto por cada um deles. Fica registrado aqui o meu muitíssimo obrigada!

Todavia, o agradecimento mais importante certamente vai para meu Deus, Amigo e Pai Jeová. Em todas as fases, eu senti que ele estava ao meu lado, me ajudando a fazer mais do que eu achava ter capacidade e me habilitando a defender o que Ele me ensinou a acreditar, inclusive através dessa monografia.

Efésios 3:20 diz que "ele pode fazer mais e infinitamente além de tudo que peçamos ou possamos imaginar" e eu sinto exatamente isso. Anos atrás, eu nunca imaginei estar aqui, mas será um privilégio poder ver como me tornar uma operadora do Direito poderá refletir sobre o nome Dele.

“Talvez os livros possam nos tirar um pouco dessas trevas.”

- Ray Bradbury (1953).

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo ressaltar a urgência da implementação do Programa de Gerenciamento de Sangue do Paciente (PBM) como protocolo padrão de saúde no Brasil em contrapartida ao ostensivo uso de hemocomponentes, bem como um reflexo da expansão do acesso à saúde, moldado pela concomitância da aplicação dos avanços científicos na área da medicina como uma extensão da concretização dos direitos humanos. Levando em conta essa temática, visou desmitificar o uso de estratégias médicas sem uso de sangue, destacando como a Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra sua superioridade às transfusões que, embora populares, são envoltas em um enorme arcabouço de riscos; buscou destacar vasta literatura médica sobre o tema, a qual esclareceu como o uso do PBM reduz a mortalidade e diminui o tempo de internação; através de dados disponibilizados em artigos científicos confiáveis, comprovou a viabilidade desse programa quando ponderados fatores econômicos; ademais, mencionou fatores sociais que favorecem a instituição do PBM em âmbito nacional, os quais tiveram o intuito de, além de destacar a judicialização do tema, comprovar seus benefícios à toda população, e não só aos que se abstêm de transfusão de sangue alogênico, a nível nacional e internacional. A construção da monografia foi possível através do método dedutivo, englobando para esse fim pesquisa qualificada como básica, qualitativa, exploratória, bibliográfica e documental, sendo seu referencial teórico artigos científicos publicados em periódicos médicos e jurídicos nacionais e internacionais, legislação vigente, jurisprudência, notícias e sites de alcance global. Enfaticamente, frisou-se o posicionamento da OMS, autoridade mundial em se tratando de saúde pública e recomendações na seara médica, sobre o tema, objetivando assim demonstrar a relevância de seus protocolos envolvendo gerenciamento de sangue do paciente para o bem-estar da população em geral e condições de saúde consideradas pela medicina como essenciais, sendo esses abarcados, segundo a Constituição Federal, pela obrigação estatal de acesso universal à saúde, o qual, em sede judicial, já determinou que o PBM está incluído como, de forma objetiva, fato científico.

Palavras-chave: Avanço científico; Direito à saúde; Gerenciamento de sangue; Protocolos médicos; Tratamento não-transfusional.

ABSTRACT

This research aimed to highlight the urgency of implementing the Patient Blood Management Program (PBM) as a standard health protocol in Brazil in contrast to the ostensible use of blood components, as well as a reflection of the expansion of access to health, shaped by the concomitance of the application of scientific advances in medicine as an extension of the realization of human rights.. Taking this issue into account, it aimed to demystify the use of blood-free medical strategies, highlighting how the World Health Organization (WHO) demonstrates its superiority to transfusions that, although popular, are shrouded in a huge risk framework; sought to highlight vast medical literature on the subject, which clarified how the use of PBM reduces mortality and reduces hospitalization time; through data available in reliable scientific articles, proved the viability of this program when considering economic factors; moreover, mentioned social factors that favor the institution of PBM at the national level, which were intended to, in addition to highlighting the judicialization of the theme, prove its benefits to the entire population, and not only those who abstain from allogeneic blood transfusion, nationally and internationally. The construction of the monograph was possible through the hypothetical-deductive method, encompassing for this purpose research qualified as basic, qualitative, bibliographical and being its theoretical reference scientific articles published in national and international medical and legal journals, current legislation, jurisprudence, news and websites of global reach. Emphatically, the positioning of the WHO, world authority in the case of public health and recommendations in the medical field, on the subject, aimed to demonstrate the relevance of its protocols involving patient blood management for the well-being of the general population and health conditions considered by medicine as essential, being these covered, according to the Federal Constitution, by the state obligation of universal access to health, which, in court, has already determined that the PBM is included as, objectively, scientific fact.

Keywords: Scientific advancement; Right to health; Blood management; Medical protocols; Non-transfusion treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos	13
1.3 HIPÓTESES	14
1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE SANGUE DO PACIENTE (PBM) E SEU EMBATE À INSEGURANÇA TRANSFUSIONAL	16
2.2 PARÂMETROS INTERNACIONAIS, APLICABILIDADE E JUDICIALIZAÇÃO DO PBM NO BRASIL	22
2.3 A APLICAÇÃO DO PBM COMO CONSEQUÊNCIA DA EXPANSÃO DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE E SEUS DESAFIOS PARA SE PERPETUAR COMO NUANCE DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Gerenciamento de Sangue do Paciente (PBM) emerge como uma abordagem inovadora e essencial no campo da medicina – uma verdadeira revolução nas práticas transfusionais – e sua implementação no Brasil é um tema crucial, uma principalmente por refletir uma mudança paradigmática na forma como tratamos e gerenciamos a transfusão de sangue e a necessidade de se transformar a abordagem médica quanto a esse assunto. Desde sua concepção por James Isbister em 2005, o PBM ganhou reconhecimento internacional, e sua proposta de focar no sangue autólogo e nas estratégias que minimizam o uso de sangue alogênico é cada vez mais apoiada por evidências científicas que mostram os riscos associados às transfusões.

Estudos demonstram que, embora as transfusões sejam frequentemente vistas como uma solução eficaz, elas podem, na verdade, aumentar a mortalidade e acarretar sérias e significativas complicações em pacientes críticos. Pesquisas comparativas entre estratégias transfusionais liberais e restritivas evidenciam que a abordagem restritiva não só diminui a necessidade de transfusões, mas também melhora os resultados clínicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconheceu a importância do PBM, o considerando como parte integral da política de saúde global e o integrando em suas diretrizes globais, o que destaca a urgência de sua implementação. O foco na preservação do sangue autólogo, na gestão da anemia e crescente aumento de estudos, como ensaios clínicos randomizados (ECRs), que apoiam estratégias transfusionais restritivas não apenas economizam recursos (além de otimizá-los em contexto de escassez), mas também melhoram a segurança dos pacientes e reduzem complicações.

Ademais, ressalta-se que o desafio da implementação do PBM no Brasil é exacerbado pelas barreiras importas pelos preconceitos culturais enraizados e falta de conscientização, tanto na comunidade médica quanto na sociedade em geral. A resistência a novas práticas, aliada ao histórico de discriminação em relação a grupos que rejeitam transfusões, como as Testemunhas de Jeová, impede a adoção generalizada de protocolos baseados em evidências e dificulta a aceitação dessa abordagem. Para que o PBM se torne uma prática padrão, é essencial que ocorra uma mudança cultural na medicina, promovendo uma educação mais robusta e a divulgação de informações científicas que validem essa abordagem. Além disso, a

construção de políticas públicas que apoiem essa transição é fundamental para garantir o direito à saúde e um atendimento mais seguro e equitativo, conforme garantido pela Constituição Federal de 1988.

Ao trazer à baila essa temática, frisa-se que a adoção do PBM não é apenas uma questão de inovação médica, mas uma imperativa moral e ética que tem o intuito de promover o bem-estar de todos os cidadãos, respeitando a autonomia do paciente e assegurando cuidados médicos de qualidade, o que torna primordial que ocorra uma discussão aprofundada sobre sua importância e viabilidade. Portanto, abordar o PBM no contexto brasileiro é indispensável, não apenas para avançar na qualidade do atendimento médico, mas também para assegurar que todos os pacientes, independentemente de suas crenças ou condições, tenham acesso a cuidados adequados e respeitosos, coerentemente aos que as normas de direitos humanos estabelecem.

1.1 JUSTIFICATIVA

Embora seja um protocolo médico que começou a ser discutido de maneira mais enfática no início do século XXI, apenas um ínfimo percentual da população brasileira tem ciência e/ou compreende do que se trata o Programa de Gerenciamento de Sangue do Paciente (PBM). Apesar de ser um protocolo médico reconhecido, incentivado e adotado como padrão pelas autoridades mundiais de saúde e possua benefícios inegáveis para a sociedade como um todo, ele ainda se constitui como um fato esquecido – e, muitas vezes, rejeitado com significativa resistência – pela comunidade científica na área da medicina – realidade essa que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem trabalhado como afimco em alterar.

A justificativa para a adoção do PBM no Brasil se fundamenta em evidências robustas que demonstram seus benefícios clínicos e econômicos. Estudos indicam que abordagens transfusionais restritivas não só reduzem o número de transfusões, mas também diminuem complicações como infecções e mortalidade. Além disso, o PBM promove a autonomia do paciente, respeitando suas crenças e escolhas pessoais, especialmente no contexto de indivíduos que não podem ou desejam recusar transfusões, como as Testemunhas de Jeová. A implementação do PBM pode ser um passo significativo para melhorar a qualidade do atendimento médico, otimizar recursos e garantir equidade no acesso a cuidados de saúde.

No exterior, muito já se fala da necessidade de se buscar utilizar estratégias alternativas aos hemocomponentes, os quais, embora sejam considerados os melhores procedimentos (culturalmente falando), são permeados por riscos desconhecidos. Em outros países, incluindo os presentes na América do Norte, Europa e Oceania, o PBM já foi implementado de maneira mais significativa, todavia, apesar disso, no Brasil, circunstâncias como essa estão em um espaço-tempo longínquo, constituindo um obstáculo à perpetuação do avanço científico da medicina nessa área através de políticas públicas que expandam o conceito de saúde como conhecido atualmente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Ressaltar a urgência da implementação do Programa de Gerenciamento de Sangue (PBM) como protocolo padrão médico no território nacional e um reflexo da expansão do acesso universal à saúde, à medida que, ao destacá-lo como parte significativa dos avanços científicos na área da medicina, o traduz como uma extensão da concretização dos direitos humanos e do que as autoridades mundiais em saúde destacam como o mais benéfico para toda sociedade humana.

1.2.2 Específicos

Desmistificar o uso de estratégias médicas sem o uso de sangue, destacando a percepção da OMS sobre o tema e como as transfusões envolvem inúmeros riscos. Destacar literatura médica que demonstra como o PBM é responsável como reduzir mortalidade, tempo de internação, além de ter superioridade em âmbito socioeconômico. Comprovar a viabilidade da implementação do PBM, bem como a necessidade de se aplicar as decisões judiciais já existentes sobre o tema, sendo o direito ao acesso à saúde da população em geral a base de sua relevância. Evidenciar como o PBM contribui não apenas para garantir o direito de minorias, como também para a concretização de objetivos do desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas e da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

1.3 HIPÓTESES

A implementação do PBM reduzirá significativamente o número de transfusões de sangue alogênico em hospitais brasileiros, contribuindo para um tratamento menos custoso ao Estado. Pacientes submetidos ao PBM apresentarão menores taxas de complicações pós-operatórias, como infecções e insuficiência renal, em comparação com aqueles que seguem práticas transfusionais tradicionais. A adoção do PBM será acompanhada de uma maior aceitação por parte da comunidade médica após programas de educação e sensibilização sobre as evidências científicas que sustentam sua eficácia e seu compromisso com a saúde de todos os cidadãos brasileiros, sejam eles partes de uma minoria ou não.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada para essa monografia foi estruturada de maneira a garantir uma análise abrangente e fundamentada do Programa de Gerenciamento de Sangue do Paciente (PBM) e a importância de sua aplicação no cenário nacional brasileiro. Os procedimentos metodológicos utilizados são descritos a seguir, levando em consideração diferentes dimensões da pesquisa e foram escolhidos de maneira a garantir a robustez e a relevância da pesquisa, permitindo uma compreensão abrangente sobre o PBM e suas implicações no contexto da saúde brasileira.

Quanto à finalidade, a pesquisa classifica-se como aplicada, visto que visa gerar conhecimentos voltados para as evidências científicas que embasam a aplicação do PBM. Quanto à abordagem, optou-se por uma abordagem qualitativa, que permite uma compreensão mais profunda e contextualizada dos fenômenos estudados e valoriza a riqueza dos dados coletados, permitindo uma análise mais interpretativa e reflexiva sobre a implementação do PBM, suas barreiras e suas potencialidades.

Quanto aos objetivos, a monografia foi delineada como uma pesquisa exploratória, cujo objetivo é investigar um tema ainda pouco explorado no contexto brasileiro. No caso em tela, busca-se entender a aceitação do PBM, seus desafios e os benefícios que pode trazer para o sistema de saúde brasileiro. Quanto ao procedimento, foram escolhidas as pesquisas bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da análise de livros e artigos científicos que

discutem o PBM, suas implicações clínicas e as evidências que sustentam sua eficácia. A coleta de dados bibliográficos possibilitou uma fundamentação teórica sólida e atualizada sobre o tema.

Adicionalmente, a pesquisa documental incluiu a análise de documentos relevantes, como legislações, diretrizes de saúde e publicações de instituições reconhecidas, como a OMS. Esses documentos foram essenciais para compreender o contexto regulatório e as diretrizes que orientam a prática do PBM, permitindo uma análise crítica das políticas de saúde em vigor. Por fim, o método utilizado foi o dedutivo, que parte de premissas gerais para chegar a conclusões específicas. A pesquisa iniciou-se com a revisão da literatura sobre o PBM e suas evidências, para, a partir dessas informações, analisar casos específicos e experiências de implementação em diferentes contextos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE SANGUE DO PACIENTE (PBM) E SEU EMBATE À INSEGURANÇA TRANSFUSIONAL

O Programa de Gerenciamento de Sangue do Paciente, conhecido como PBM, teve seu termo cunhado no ano de 2005 pelo hematologista e professor australiano James Isbister. Nessa época, ele foi enfático ao destacar sua conclusão de que o foco da medicina deveria ser alterado: ao invés de produtos sanguíneos, se deslocaria esforços para o que os próprios organismos dos pacientes oferecem. Embora tenha sido algo considerado revolucionário, seu conceito teve o desenvolvimento possibilitado por evidências, concatenadas durante anos, a respeito dos efeitos das transfusões de sangue, as quais, ao contrário do imaginário social, não são necessariamente favoráveis e condizentes à sua popularidade (Isbister, 2005).

É amplamente difundida como fato a ideia de que o método transfusional de sangue é, sem sombra de dúvidas, salvador de vidas. Alguns, inclusive, fazem uma defesa enfática de que, como paraquedas àqueles que realizam saltos de aviões, existem tratamentos médicos que dispensam avaliação de sua eficácia, principalmente através de ensaios clínicos randomizados (ECRs), já que sua comprovação seria excessivamente óbvia para ser contestada. Esse argumento e analogia é vastamente usado para esclarecer e justificar a ausência desse tipo de estudos que comprovem a beneficência, ou seja, a amplitude dos benefícios direcionados a diversas terapias médicas, inclusive às transfusões sanguíneas (Pedroso, 2023, p. 7).

Sabe-se, todavia, que a ciência como um todo é baseada na “força irrefragável da evidência” e não apenas em mero empirismo ou opinião desnuda de argumentos sólidos (Reale, 2002, p. 8). Por essa razão que, em 2018, um grupo de pesquisadores, por intermédio de uma busca estratégica na literatura médica, buscou demonstrar se a analogia supracitada realmente deveria ser validada. O resultado foi que, embora tenham sido encontrados mais de 35 artigos que mencionassem uma evidência de eficácia óbvia, porém sem comprovação fática, a diversos tratamentos, houve a conclusão de que, em sua maioria, ainda que ocorresse uma convicção plena de seus benefícios por parte da comunidade médica, esses se mostravam ineficazes quando expostos à uma análise sistemática de ECRs (Pedroso, 2023, p. 7).

Embasando-se nos argumentos abordados em pesquisas como essas, tem ocorrido uma maior valorização da chamada Medicina Baseada em Evidências (*Evidence-Based Medicine*, EBM ou MBE). Embora esteja se tornando popular nesta altura do século XXI, ela foi mencionada pela primeira vez na década de 1990, na Universidade *McMaster* (Canadá), em um contexto que demonstrava a necessidade de dar maior segurança à medicina como ciência, já que ela se traduz como uma abordagem que, para além de tornar mais célere o processo de decisão médica, enfatiza que a eficácia e segurança dos tratamentos devem ser comprovadas através de pesquisas com elevado grau de método científico (Pedroso, 2023, p. 5). É nesse âmbito que devem ser levados em conta as revisões sistemáticas, de meta-análises e, especialmente, os outrora mencionados, ECRs:

Os ensaios clínicos randomizados (ECRs) são considerados o padrão ouro e o mais alto nível de evidência científica para estudos de intervenção, precedidos apenas pela síntese dos mesmos (revisões sistemáticas). Tanto os responsáveis pela tomada de decisões, quanto os desenvolvedores de diretrizes precisam usar tais estudos, bem como suas sínteses, para desenvolver diretrizes clínicas de alta qualidade para auxiliar os profissionais na tomada de decisões. Portanto, os ECRs precisam ser bem delineados para minimizar o risco de viés, a fim de construir evidências científicas confiáveis em relação aos benefícios e efeitos colaterais das intervenções clínicas, bem como para garantir a transparência na concepção da metodologia de estudo e na comunicação dos resultados. (Elagami *et al.*, 2022, p. 1)

A questão a ser abordada aqui é que a classe médica, até épocas não tão longínquas, não considerava que suas decisões pudessem estar eivadas de vícios e que as suas práticas, mundialmente difundidas como eficazes, pudessem ser questionadas, revisadas ou até mesmo modificadas por evidências mais plausíveis, mesmo que contraintuitivas ao conhecimento usual. A problemática de tudo isso se deriva do fato de que “este tipo de prática resulta em grande variedade de estratégias para diagnóstico e tratamento de condições semelhantes, mesmo quando existem fortes evidências que favorecem uma estratégia em particular em relação a outras” e isso priva as pessoas em geral do melhor tratamento possível (Mandell, 2021, *online*).

Esse é o caso das transfusões. Embora os ECRs sejam usados de maneira categórica pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), no Brasil, e pela FDA (*Food and Drug Administration*), nos EUA, – ambas agências reguladoras de saúde – para determinar a aprovação e aplicabilidade de tratamentos em seus

respectivos países, existe um enorme vácuo e/ou lacuna experimental com relação às transfusões na literatura científica; apesar disso, elas são permitidas e amplamente incentivadas. Na contramão do que é disposto como critério basilar com relação a realização de outras terapias médicas, são inexistentes os estudos que comprovem de maneira evidente a eficácia das transfusões. Entretanto, como a MBE apenas se difundiu após a popularização delas, ECRs nunca foram realizados as comparando a placebo e, dessa forma, nunca foi percebida, nem mesmo pela FDA, a necessidade de submetê-las a uma avaliação de segurança, como usualmente ocorre (Pedroso, 2023, p. 5-6).

Em contrapartida, vários ECRs foram realizados comparando dois tipos diferentes de estratégia transfusional: 1) liberal, na qual as transfusões são amplamente aplicadas e 2) restritiva, na qual se reduz o uso de transfusão, embora ele ainda exista. Segundo Santos *et al.* (2020, p. 10, 11), uma “revisão sistemática com metanálise destes ensaios clínicos randomizados demonstrou que uma estratégia mais restritiva diminuiu as transfusões de sangue assim como a mortalidade”. Destaca-se que Pedroso (2023, p. 8) menciona também que, de “18 estudos que avaliaram mortalidade [em pacientes críticos], em 17 a transfusão foi um fator independente de maior mortalidade”. Ainda nesse sentido, abordando aspectos como o objetivo central das transfusões, sua eficácia em casos que incluem pacientes críticos e seus malefícios, destaca-se:

O principal objetivo da transfusão de sangue é melhorar a oxigenação tecidual. Entretanto, uma revisão sistemática da literatura que avaliou os efeitos da transfusão de sangue na oxigenação tecidual de pacientes críticos concluiu que na maioria dos estudos (11/17) a transfusão não promoveu melhora da oxigenação tecidual ou da microcirculação. Uma revisão sistemática com metanálise de estudos observacionais que avaliou a eficácia da transfusão de sangue em desfechos clínicos de pacientes críticos encontrou 45 estudos contemplando 272.596 pacientes. Em 42 dos 45 estudos, os riscos das transfusões superaram os benefícios. Outra revisão sistemática que incluiu apenas estudos observacionais que contivessem mais de 1000 pacientes constatou que a maioria dos estudos mostrou uma taxa de mortalidade maior e estatisticamente significativa nos pacientes que receberam transfusão comparados com aqueles que não receberam, mesmo quando essas taxas foram ajustadas para fatores de confusão. Os malefícios observados com a transfusão de sangue são atribuídos principalmente aos efeitos deletérios que a transfusão pode gerar no sistema imunológico do receptor, chamado de imunomodulação associada à transfusão, assim como as alterações morfológicas, biofísicas e bioquímicas que ocorrem nas hemácias estocadas, algumas delas irreversíveis, e que poderiam prejudicar sua fisiologia, chamadas de lesão por estocagem (Pedroso *et al.*, 2020, p. 11).

Algo que torna esse cenário ainda mais preocupante é que existe ainda mais confusão e complexidade envolvendo os hábitos transfusionais; isso se dá porque, levando em conta o *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*¹ (AGREE, 2017, *on-line*), considerado o instrumento referência quando se trata do rigor de avaliações metodológicas relacionadas ao desenvolvimento de diretrizes médicas, ocorreu a conclusão de que houve 1) duplicações, 2) inconsistências e 3) rigor limitado em um mesmo tópico no desenvolvimento das diretrizes da aplicação das transfusões. Vindo de uma revisão sistemática, algo assim se solidifica como preocupação relevante (Pavenski *et al.*, 2018). Elementos assim complementam, por exemplo, o mencionado por Anthes (2015, *on-line*):

Os glóbulos vermelhos frescos são flexíveis e fluem facilmente pelos menores capilares do corpo. Mas depois de algumas semanas em um banco de sangue, suas membranas endurecem. As células mudam de forma, tornam-se mais pegajosas e se agarram mais firmemente ao oxigênio. Essas mudanças, conhecidas como lesão de armazenamento, podem tornar os glóbulos vermelhos menos eficazes. "Isso pode explicar por que o chamado 'dom da vida' não está se traduzindo em benefício para os pacientes", diz Goodnough. [...] As transfusões não só têm benefícios incertos, como também têm riscos. Elas podem transmitir doenças infecciosas, sobrecarregar o coração e ferir os pulmões. Elas também podem causar estragos no sistema imunológico.

É nesse cenário, no qual as bases que se fundam as transfusões são questionadas dentro da seara da ciência da medicina, que surge o Programa de Gerenciamento de Sangue (PBM), mencionado no início do presente capítulo. Sua aprovação se deu em 2010, na inteligência da Resolução WHA63.12, pela Assembleia Mundial da Saúde. Ademais, seguindo a linha do tempo, em 2011, o PBM foi o enfoque do Fórum Global para a Segurança do Sangue. Seis anos depois, em 2017, a Comissão Europeia o recomendou como atendimento padrão, sendo que, posteriormente, em 2019, todos os hospitais da Austrália o incorporaram como procedimento padrão de manejo dos pacientes (Jatene, 2023, p. 4).

Em 2021, consolidando essa mudança de paradigma, a Organização Mundial da Saúde (OMS, em português; *World Health Organization*, WHO, em inglês), publica um artigo científico (*Policy Brief*, ou, resumo da política, em tradução livre) abordando amplamente os aspectos – e protocolo - do *Patient Blood Management*, considerando-o como parte de sua própria política de tratamentos médicos tidos como referência e

¹ Avaliação de Diretrizes para Pesquisa & Avaliação II, em tradução livre.

padrão ao mundo inteiro (OMS, 2021, p. 4). Em concordância com isso, Jatene menciona que o alerta da OMS foi direcionado aos seus 193 países-membros, incluindo o Brasil, “quanto a necessidade urgente de implementar o PBM e, ainda, informou a respeito da elaboração de um guia de orientação mundial, com diretrizes voltadas à prática do conceito, para os hospitais de todo o mundo” (2023, p. 4).

Tendo seu desenvolvimento originalmente realizado visando a melhoria dos resultados de pacientes cirúrgicos, atualmente, o PBM evoluiu para uma prática médica e paradigma abrangente de cuidado, o qual visa controlar a anemia e, conseqüentemente, conforme seu próprio nome indica, proteger, preservar e gerenciar o sangue autólogo, ou seja, do próprio paciente, de uma maneira que seja coerente e adaptada às suas necessidades individuais. Se fixando em três pilares centrais, esse programa foi responsável por resultados expressivamente melhores, muitos milhões de dólares economizados e, significativamente, uma redução no uso de hemoderivados (OMS, 2021, p. 4). Nessa seara, Pedroso (2023, p. 9) explica:

Diante das evidências que apontam melhores resultados clínicos quando se reduzem as transfusões de sangue, uma nova abordagem de tratamento, chamada Gerenciamento de Sangue do Paciente (*Patient Blood Management*, PBM), tem sido recomendada tanto na literatura médica quanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O PBM é definido atualmente como uma “uma abordagem centrada no paciente e organizada, na qual toda a equipe de saúde coordena esforços para melhorar os resultados, gerenciando e preservando o sangue do próprio paciente.” O PBM consiste, na prática, na combinação de medicamentos, equipamentos e/ou técnicas cirúrgicas que envolvem: 1) aumentar a hematopoese (formação de células sanguíneas) 2) controlar a perda de sangue; e 3) maximizar a tolerância à anemia. Desta forma, o PBM foca na importância do próprio sangue do paciente como um recurso valioso e único, o qual deve ser conservado e gerenciado de maneira adequada, de forma que uma redução na transfusão é uma consequência natural do uso do PBM.

Para além disso, ainda há mais para corroborar sua relevância. Por intermédio de uma revisão sistemática com metanálise, a qual envolveu 235.779 pacientes, chegou-se à conclusão de que o PBM não apenas reduziu o número de transfusões, como também reduziu complicações, incluindo infecção, insuficiência renal aguda, tempo de internação, eventos tromboembólicos e até mesmo mortalidade (Althoff *et al.*, 2019). Ademais, interessante apontar que, conforme Pedroso (2023), estudos complementares indicam vantagens consideráveis em zelar o uso de transfusões ao se aplicar o PBM, conforme observado em pacientes que não podem, seja qual seja o motivo, aceitar transfusões:

[...] estudos apontam para a presença de benefícios clínicos quando se adota uma prática que segue os princípios do PBM, porém sem o uso de nenhuma transfusão de sangue. Uma revisão sistemática com metanálise de estudos observacionais foi publicada comparando a mortalidade e a morbidade em pacientes transfusáveis e não transfusáveis. Nesta revisão foram definidos como não transfusáveis os pacientes que recusam transfusões (independentemente do motivo); pacientes tratados em condições em que as transfusões não estavam disponíveis (pandemias, desastres, ambientes de combate, países com recursos limitados); pacientes com tipos sanguíneos raros ou padrões complexos de anticorpos para os quais não há transfusões disponíveis. Foram definidos como pacientes transfusáveis aqueles capazes de receber transfusões independentemente de terem ou não recebido uma transfusão. Um total de 41 estudos foram incluídos nesta revisão. No quesito mortalidade em curto prazo (nos primeiros 30 dias), não houve diferença entre os grupos, porém no quesito mortalidade em 1 ano, houve menor mortalidade no grupo não transfusável. Em todos os outros desfechos clínicos avaliados nesta revisão, tais como infecção, Acidente Vascular Cerebral [AVC], arritmias, complicações renais e reoperação, os estudos ou apontavam menor incidência de complicação no grupo não transfusável em relação ao transfusável ou então semelhança entre os grupos. Quanto ao tempo de internação em UTI, ele foi menor no grupo não transfusável. Nem nos quatro estudos que avaliaram a mortalidade em curto prazo em pacientes com anemia grave ou choque hemorrágico houve maior sobrevida no grupo transfusável (Pedroso, 2023, p. 10).

Quando analisado o documento publicado pela OMS, é perceptível que o PBM é descrito como uma prática médica superior do que uso desmedido e, muitas vezes, desnecessário das transfusões. Isso é abordado como algo objetivo, que não se trata de mera opinião, mas sim de evidências médicas que seguem o protocolo do MBE (Pedroso, 2023, p. 11). Seguindo o padrão de que *“our own blood is still the best thing to have in our veins”*² (Frenzel *et al.*, 2008, p. 1), sua implementação é urgente em razão de três fatores centrais:

- 1) *Scientific evidence, including “real world evidence” from case–control and cohort studies, [...] randomized controlled trials of the therapeutic strategies of PBM and a meta-analysis show improved clinical outcomes with PBM.*
- 2) *A strong economic argument can be made in terms of cost-effectiveness, alleviated cost constraints and almost immediate returns on investment.*
- 3) *There is an ethical obligation not to ignore and withhold a medical model that is beneficial not only for society at large, but also for highly vulnerable populations, individual patients [...]*³ (OMS, 2021, p. 8)

² “Nosso próprio sangue é a melhor coisa para termos em nossas veias”, em tradução livre.

³ “1) Evidências científicas, incluindo ‘evidências do mundo real’ de estudos de caso-controle e coorte, [...] ensaios clínicos randomizados das estratégias terapêuticas de PBM e uma meta-análise mostram melhores resultados clínicos com PBM.

2) Pode ser apresentado um argumento econômico forte em termos de relação custo-eficácia, restrições de custos atenuadas e retornos quase imediatos do investimento.

3) Há uma obrigação ética de não ignorar e reter um modelo médico que é benéfico não só para a sociedade em geral, mas também para populações altamente vulneráveis, pacientes individuais [...]”, em tradução livre.

Com tantos fatores positivos a favor do PBM, o que incluem os ensaios clínicos randomizados, destacados e validados pela própria OMS, foram criadas sociedades médicas que possuem em seu bojo o objetivo de tornar esse programa conhecido e, em razão disso, disseminar artigos científicos que contribuam para seu desenvolvimento e/ou crescimento, dentre elas estão: *International Foundation for Patient Blood Management* (IFPBM); *Network for the Advancement of Patient Blood Management, Haemostasis and Thrombosis* (NATA); e *Society for the Advancement of Blood Management* (SABM), sendo, respectivamente, uma organização internacional, outra europeia e, por fim, uma estadunidense (Pedroso; Santos; Araújo *et al.*, 2020, p. 13). Isso é muito significativo, entretanto, conquanto o PBM já seja reconhecido internacionalmente como prática preferencial a todos, ainda há uma imensa resistência em perpetuar sua validade do Brasil.

2.2 PARÂMETROS INTERNACIONAIS, APLICABILIDADE E JUDICIALIZAÇÃO DO PBM NO BRASIL

A despeito de no Brasil o conhecimento em torno das práticas do PBM, o que incluem estratégias médicas sem uso de sangue alogênico (*bloodless*: *blood* = sangue, *less* = menos, sem) não sejam algo usualmente difundido, em muitos países, práticas assim, há muitos anos, são amplamente aplicadas, mesmo antes da instituição da OMS desse programa específico. A título de exemplo, nos Estados Unidos, principalmente a partir da década de 1960, houve o esforço para elaborar protocolos que permitissem a realização de cirurgias sem o uso de transfusões de sangue por parte de uma quantidade significativa de médicos. Um dos pioneiros nesse sentido foi o Dr. Denton Arthur Cooley (Bloodless, s.d., *on-line*).

O Dr. Cooley foi o responsável por propor esse procedimento para cirurgias cardíacas de coração-aberto, algo inimaginável na época. Para introduzi-lo, ele fez uso de uma solução não-sanguínea para preparar a tão conhecida, e já utilizada naquela época, máquina coração-pulmão. Isso possibilitou que houvesse maior possibilidade de realização dessas cirurgias, visto que, anteriormente a essa aplicação, cerca de 04 – 10 bolsas de sangue eram necessárias para uma cirurgia desse porte. Além disso, reduziu significativamente o risco desse procedimento para pacientes com todas as espécies de doenças cardiovasculares (Hall, 1991).

Segundo o Instituto Bloodless (s.d., *on-line*), foi no ano de 1962 que Cooley realizou, após divulgar seus planos, a primeira cirurgia seguindo o padrão, a qual se consolidou na história da medicina como um grande procedimento cirúrgico sem sangue de coração-aberto. Essa era apenas a primícia de sua pesquisa. No ano de 1977, ele publicou no *The Journal of The American Asssocation (JAMA)*, considerado o período e/ou revista mais divulgado do planeta, quais foram os resultados do não-uso das transfusões sanguíneas em 542 cirurgias cardiovasculares, as quais foram totalmente bem-sucedidas, concluindo que sua realização nesses moldes é algo totalmente seguro. As vantagens se confirmam com pesquisas, voltadas especificamente para procedimentos cirúrgicos, desde a década de 1980 sobre a segurança ou não das transfusões nesses casos:

Inicialmente, verificou-se a correlação entre a transfusão de hemocomponentes em CRM [cirurgia de revascularização miocárdica] e complicações clínicas como insuficiência renal (IR), processos infecciosos, tempo de ventilação prolongado, danos neurológicos. Mais recentemente, ficou evidente que a transfusão de sangue alogênico em cirurgia cardíaca é uma terapia com outros graves efeitos adversos tais como fibrilação atrial (FA), acidente vascular cerebral (AVC), infecções respiratórias, sepse, infarto do miocárdio (IM), incluindo risco de morte. Mesmo após correção para idade, sexo, peso, altura e várias doenças, como diabetes mellitus, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca (IC), doença vascular cerebral, as hemotransfusões podem resultar em aumento de até 70% na mortalidade pós-operatória de cirurgia cardíaca. Em nossa pesquisa, também ficou demonstrado que a transfusão de glóbulos vermelhos foi um fator preditor independente de morte após CRM em uma população de 1.888 pacientes. Mesmo em um subgrupo de pacientes de baixo risco (idade < 60 anos e com EuroSCORE \leq 2%), houve significativamente mais óbitos no grupo hemotransfundidos. Outros estudos evidenciaram que esta mortalidade é diretamente proporcional ao número de unidades de concentrado de hemácias (CH) transfundidas. Cada unidade de CH administrada pode aumentar em 77% o risco de mortalidade após CRM. [...] o risco de mortalidade é dose-dependente do número de unidades de CH alogênicas transfundidas após avaliar 3.010 pacientes submetidos a CRM. Quanto mais unidades de hemácias transfundidas, maior foi o risco de mortalidade no pós-operatório (Santos *et al.*, 2014, p. 2).

A partir do início do século XXI estudos como esses, visando argumentos médicos válidos para diminuir e/ou zerar o uso de tratamentos transfusionais, passaram a ser mais evidentes em todo mundo, levando em conta, pelo menos, quatro fatores para demonstrar sua relevância (Bloodless, s.d., *on-line*). O primeiro, ostensivamente abordado neste presente trabalho e o de maior relevância, trata-se do risco e das diversas complicações advindas das transfusões, conforme demonstrado. O segundo, refere-se ao alto custo financeiro decorrente da prática transfusional, algo que não pode ser desconsiderado. Segundo Santos *et al.*:

Além das questões relacionadas aos riscos transfusionais, o custo também é um fator que precisa ser considerado. Embora varie entre países, o preço estimado de uma bolsa de sangue, em 2010, nos Estados Unidos da América (EUA) chegava a US\$1200, quando consideradas todas as atividades envolvidas na transfusão de sangue. A transfusão de CH [centrado de hemácias] também foi associada a uma maior permanência hospitalar, resultando em aumento dos custos hospitalares (2014, p. 2).

Nesse sentido, importante ressaltar, a economia atingida com o PBM em locais nos quais ele foi devidamente implementado. A Organização Mundial da Saúde menciona o caso de um dos estados da Austrália como seu exemplo de maior relevância. Entre os anos de 2008 e 2012, o PBM foi transformado no protocolo central de atendimento na Austrália Ocidental e essa revolução se deu com o apoio do governo, o qual patrocinou a sua prática em todos os hospitais considerados terciários e determinou sua aplicação a todos os pacientes, sejam eles casos simples, cirúrgicos, de emergência ou eletivos (OMS, 2021, p. 4).

Esse estado da Austrália foi responsável pela publicação do maior estudo até hoje sobre os resultados do implemento do PBM, o qual durou seis anos. Para além dos benefícios diretamente à saúde dos pacientes, houve uma economia de uma quantidade significativa de milhões de dólares em dois tipos diferentes de custos: 1) nos diretamente relacionados com os hemoderivados, foram economizados 18,5 milhões de dólares; 2) nos indiretamente relacionados aos hemoderivados, o que inclui os custos com sua administração, estimou-se que a economia bruta esteja entre 80 e 100 milhões de dólares. Ou seja, não se trata de um valor ínfimo para ser desconsiderado. Em reais, isso totalizaria, na cotação de 13.05.2024, um valor total entre 507,8 e 610,9 milhões de reais (OMS, 2021, p. 4-5). Resende traz ainda outro exemplo, advindo dos Estados Unidos da América:

A critério ilustrativo, cita-se o caso da Clínica e Hospital de Stanford, na Califórnia, cuja redução de transfusões sanguíneas por dezoito meses, a começar em julho de 2010, resultou em uma economia de 1,6 milhões de dólares; na redução de estadia de pacientes de 10,1 dias para 6,2; e na diminuição da mortalidade entre as pessoas que seriam transfundidas para 3,3%, em consideração à taxa anterior de 5,5% (2021, p. 18).

O terceiro fator a ser levado em consideração diz respeito à escassez dos recursos no âmbito da saúde, bem como, em muitos casos, um número de hemocomponentes transfusionais desproporcionais ao contingente populacional. A

título de exemplo, o Brasil atualmente conta com uma média de 3 milhões de doações de sangue por ano, no entanto, isso não garante estoques regulares e razoáveis nos bancos de sangue, o que é compreensível levando em conta que o país tem extensões continentais e possui mais de 210 milhões de habitantes (Bezerra, 2024, *on-line*).

Em situações de crise, como catástrofes climáticas, como o estado de calamidade pública do Rio Grande do Sul, afetado por fortes chuvas, alagamentos e deslizamentos sem precedentes, a urgência de outras estratégias se evidencia com o risco de desabastecimento de hemocomponentes, ou seja, com a ausência de bolsas de sangue suficientes para atender a demanda (SES-RS, 2024, *on-line*). Em cenários marcados por epidemias, inclusive em razão dos riscos de contaminação, a necessidade de alternativas também é latente. Segundo Pedroso *et al.*:

No cenário atual de pandemia, tanto as severas limitações dos recursos de saúde disponíveis quanto a crescente escassez de sangue demonstram claramente que a necessidade de implementar o PBM é ainda mais urgente. A demanda intensa para suporte aos profissionais de saúde, fornecimento de produtos e infraestrutura adequadas para atendimento dos pacientes que ocorrem durante uma pandemia consomem grande quantidade de recursos financeiros das instituições de saúde, tanto públicas como privadas. A implementação estratégica do PBM pode ser um grande auxílio, ao prover uma abordagem que não apenas melhora os desfechos dos pacientes, mas também é custo-efetiva. Além disso, as melhorias promovidas pelo PBM nos desfechos clínicos, tais como redução das infecções, insuficiência renal e do tempo de permanência hospitalar, podem diminuir ainda mais o peso de um sistema de saúde sobrecarregado (2020, p. 14).

Um quarto fator, indiretamente já mencionado, é que existe pessoas consideradas “não transfusáveis”, elas variam desde 1) aqueles que foram e/ou são tratados em circunstâncias em que as transfusões não eram uma opção, como no caso de recursos escassos (evidente em maior número em países financeiramente vulneráveis), desastres naturais, ambiente de conflitos civis e/ou guerras, pandemias *etc.*; 2) indivíduos com peculiaridades específicas, como padrões de alta complexidade em se tratando de anticorpos, bem como com tipagem sanguínea rara, para os quais não existe transfusões em disponibilidade; e 3) pacientes que exercem seu direito de recusa às transfusões de sangue, com base no princípio bioético da autonomia da vontade do paciente (Pedroso, 2023, p. 10).

Considerando esse último grupo, destaca-se as discussões médicas envolvendo as Testemunhas de Jeová, que, por sua consciência religiosa, se abstém do uso de sangue, incluindo transfusões de sangue e seus quatro componentes principais (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas e plasma). Foi o aparente

embate entre liberdade de crença e do direito à vida que trouxe para o judiciário brasileiro a temática da necessidade ou não de implementação do Programa de Gerenciamento de Sangue no Brasil. Até anos recentes, considerava-se que a recusa à transfusão seria uma abordagem ao direito de morrer por parte das Testemunhas de Jeová, que eram consideradas até mesmo suicidas (Silva *et al.*, 2021).

Entretanto, embora essa concepção tenha existido por muito tempo, os avanços científicos e uma análise mais profunda, inclusive disseminada pela Comissão de Ligação com Hospitais (Colih), organização mundialmente reconhecida pela OMS, com mais de 2000 filiais espalhadas no mundo, regida pela Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová (ATCJ, no Brasil), deixou claro que não se tratava apenas de uma necessidade restrita à consciência religiosa e que as Testemunhas de Jeová, embora exercendo o direito de recusa às transfusões, nunca quiseram ser mártires de sua fé, mas buscar o melhor tratamento para si e suas famílias (Silva *et al.*, 2021).

O trabalho das Colihs no mundo todo é justamente contribuir para a conscientização dos médicos sobre a necessidade de implementação do PBM a todos os pacientes e, para isso, elas contam com um acervo de artigos científicos, selecionados diretamente da principal base da literatura médica internacional (PubMed) baseados em estudos multicêntricos e ensaios clínicos randomizados (os anteriormente mencionados ECRs) que atestam a validade científica das práticas voltadas ao gerenciamento do sangue do próprio paciente. Esses artigos são amplamente divulgados, de forma categorizada, a toda sociedade médica, gratuitamente, pelos representantes das Colihs e no site oficial da ATCJ, disponível atualmente em 1.090 idiomas (ATCJ, 2012).

Embora em 2017, em acórdão do Supremo Tribunal Federal (STF) no Recurso Extraordinário (RE) 979.742/AM, envolvendo o caso de uma Testemunha de Jeová, tenha sido estabelecido que “constitui questão constitucional relevante definir se o exercício de liberdade religiosa pode justificar o custeio de tratamento de saúde pelo Estado” - levando em conta a atestada necessidade de se analisar a viabilidade de estabelecer protocolos específicos para objetores de consciência quanto à transfusão, o direito existencial dessas pessoas e o embate com a disponibilização dos recursos estatais para atender essa demanda – já se destacava que “a alegação de impossibilidade de realizar uma cirurgia com a garantia plena de que não haverá

transusão de sangue não tem cabimento se há previsão na técnica médica em sentido contrário” (Brasil, 2017, p. 1-3).

Nessa época, essa era uma questão tratada essencialmente como envolvendo o direito de autodeterminação em detrimento ao paternalismo médico, que define que o médico poderia aplicar qualquer tratamento ao paciente, desde que suas convicções assim determinassem, fazendo com que a regra fosse a intervenção na saúde do paciente seguindo os critérios do médico, independentemente de sua anuência (Silva *et al.*, 2021). No entanto, com as manifestações da OMS acerca do PBM, os paradigmas se transformaram e a vertente do debate, juridicamente, se alterou. Com relação a isso, deve-se mencionar a recomendação n.º 5/2020 da Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC) no Rio de Janeiro.

A referida recomendação se deu no âmbito do Inquérito Civil n.º 1.30.001.003183/2012-62, o qual, instaurado pela ATCJ, versa sobre os agravos gerados pela Resolução 1021/80 do Conselho Federal de Medicina (CFM), a qual obriga médicos a aplicarem transfusões mesmo em pacientes não transfusáveis caso considerem necessário. Diversos documentos foram juntados tentando demonstrar a veracidade científica do que se foi dito, incluso que “diversas entidades governamentais têm adotado protocolos de gerenciamento/manejo do sangue do paciente (PBM) como política pública de saúde para a população em geral” e não apenas para uma minoria que assim o requerer. Ademais, foi reforçado que, na 63ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS, “o Brasil se comprometeu a promover práticas alternativas à transfusão de sangue, incluindo técnicas de [...] (PBM)” (Brasil, 2020, p. 7-8). Por essa razão, o Ministério Público Federal, em direcionamento a como o Ministério da Saúde deveria proceder, concluiu:

Ressalte-se que as técnicas e procedimentos que evitam o uso do sangue alogênico são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Próprio Ministério da Saúde brasileiro. Tal recomendação está lastreada em fortes evidências científicas no sentido de que estas técnicas e procedimentos são seguros e eficazes, produzem melhores resultados clínicos para os pacientes a médio e longo prazo, e implicam em economia financeira para o SUS. No entanto, os cidadãos Testemunhas de Jeová ainda enfrentam dificuldades na busca por tratamento digno ante a ausência de protocolo clínico ou diretriz terapêutica, em especial para certos insumos que já constam das relações do SUS, porém originalmente foram previstos para outros tipos de usos ou tratamentos que, ademais, poderiam ser benéficos para toda a população. Assim, por todo o exposto, resolve, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, RECOMENDAR ao MINISTÉRIO DA SAÚDE que promova a elaboração e adequação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para utilização e efetiva disponibilização dos insumos e

procedimentos já previstos na regulação do SUS, para evitar o uso de transfusões de sangue alogênico e, conseqüentemente, viabilizar o acesso dos cidadãos brasileiros aos tratamentos médicos e técnicas que evitam o uso das transfusões de sangue; bem como a implementação de programas de gerenciamento / manejo do sangue do paciente (*BPM*) em todas as instituições de saúde federais do país. (Brasil, 2020, p. 22-23)

Cerca de três anos após essa recomendação, foi proferida a sentença da Ação Civil Pública n.º 5103690-53.2021.4.02.5101/RJ, que esclareceu que é “de consenso geral a necessidade de implementação do PBM” e que “transfusões sanguíneas [...] devem ser encaradas como apenas mais uma opção no manejo desses pacientes, e não necessariamente a melhor delas no caso de disponibilidade de alternativas terapêuticas”. Além disso, essa mesma decisão condenou a União, como coordenadora do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), juntamente com o estado do Rio de Janeiro, de “pactuar [...] as metas a serem por ele atingidas e incorporadas ao seu respectivo plano diretor, assessorando-lhe no que for necessário na implantação do *Patient Blood Management* – PBM” (Brasil, 2023, p. 31-40).

Até então, em todas as vezes em que o PBM foi judicializado, foram em casos que dizem respeito à Testemunhas de Jeová que buscam um auxílio estatal para terem seu direito à saúde garantido de maneira que seja coerente com suas crenças. Inclusive, nesse ano de 2024, o STF tem analisado dois Recursos Extraordinários, o RE 979742, outrora mencionado e o RE 1212272, que tratam justamente da viabilidade de conceder tratamentos alternativos ao sangue a essa minoria religiosa (STF, 2024, *on-line*).

Na data de 08.08.2024, sustentações orais foram apresentadas destacando que, com o avanço da medicina, a prática do PBM não só atenderia a demanda desse grupo vulnerável, como também iria cumprir com objetivos que a própria OMS estabelece como primordiais. O voto do Relator Ministro Roberto Barro, no julgamento na data de 19.09.2024, foi no mesmo sentido, abrangendo, inclusive o princípio da adaptação razoável, e ponderando que, em decorrência dessas diretrizes, outros recursos terapêuticos, como o PBM, progressivamente devem ser tornados pelo Estado brasileiro disponíveis e capilarizados (STF, 2024, *on-line*).

2.3 A APLICAÇÃO DO PBM COMO CONSEQUÊNCIA DA EXPANSÃO DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE E SEUS DESAFIOS PARA SE PERPETUAR COMO NUANCE DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

Seguindo a linha de raciocínio do capítulo anterior, ao se mencionar que o PBM ajudaria na perpetuação de um acesso à saúde mais completo para os não transfusáveis, e, de maneira mais específica às Testemunhas de Jeová, seria fácil concluir que esse argumento, por si só, já ensejaria um avanço na implementação dessas práticas, afinal, “a ligação entre o direito à saúde e o princípio-pilar, a seu turno, não se limita à segurança contra enfermidades, seja em caráter preventivo ou curativo, atinge a dimensão promocional de alcance do bem-estar” (Resende *et al.*, 2021, p. 13). Nesse sentido, Ministério da Educação (MEC), destaca:

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.” Tantas vezes citado, o conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, longe de ser uma realidade, simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Remete à idéia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica já que a mudança, e não a estabilidade, é predominante na vida. Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação. Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida (s.d., *on-line*).

Dessa maneira, levando em conta que a saúde e seu conceito são subjetivos e uma construção individual, para as Testemunhas de Jeová envolve o respeito por ter sua autonomia como paciente respeitada e, por conseguinte, à sua liberdade de religião que, se for violada, corresponde a concretização de um dano existencial, maléfico à saúde da pessoa em todas as esferas correspondentes ao que se é ter saúde e, concomitantemente, à que constitui uma afronta à sua consciência e seu direito a ter uma existência permeada pela dignidade da pessoa humana, conforme preconiza os fundamentos da república, no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988 (Silva *et al.*, 2021). Em razão disso, levando em conta o art. 196 do mesmo texto legal (Brasil, 1988), que menciona a saúde como direito de todos e dever do Estado,

Explica-se: o direito constitucional à igualdade é garantido sob as perspectivas formal e material. Enquanto aquela resguarda o tratamento isonômico de todos perante a ordem jurídica, esta o reserva em oferta de oportunidades (CUNHA JÚNIOR, 2015). Assim, é permitido ao Estado a imposição de critério discriminatório positivo com intuito de que grupos historicamente em situação de desigualdade alcancem a igualdade material (CUNHA JÚNIOR, 2015). *In casu*, a disponibilização de terapia diferenciada às Testemunhas de Jeová em virtude de seu credo apresenta-se como um modo de atender às garantias constitucionais. Pela análise dos direitos fundamentais supostamente conflitantes a partir de suas espécies normativas e do contexto fático que os cercam, entende-se que é possível e, por conseguinte, é dever do Estado assegurar a liberdade religiosa e o direito à saúde no caso do RE nº 979.742, sem necessitar o sacrifício de parte de qualquer um dos dois (Resende, 2021, p. 14).

Além disso, ainda com o intuito de destacar como perpetuar o PBM beneficiaria esse grupo e expandiria seu acesso à saúde de maneira mais equitativa, é essencial mencionar que, como minoria social, o Estado possui a responsabilidade de dar a elas uma atenção diferente. Conforme Resende (2021, p. 15), minorias são representadas não pelo quantitativo de pessoas incluso em um grupo com características em comum, mas sim pelas diferentes características da população em sua maioria, o que representa um distanciamento não só cultural, mas também quanto à restrição ou mesmo à negativa de direitos. Por isso que, embora sejam quase 900 mil no Brasil (ATCJ, 2024, p. 3), as Testemunhas de Jeová

por apresentarem desvantagens frente a religiões dominantes e enfrentarem discriminação pelas peculiaridades de seu credo, sobretudo pela convicção de não recebimento de sangue transfundido, enquadram-se no conceito de minoria social. Em relação à situação de desigualdade de poder, parte é inferida pelo seu baixo número de fiéis no Brasil [...] e parte, pela crença de neutralidade política adotada, sob a qual as Testemunhas de Jeová não votam, nem tampouco concorrem a eleição (JW, 2019f), o que dificulta a representatividade do grupo e suas pautas nesse meio. A respeito da discriminação sofrida por essa minoria, esta pode ser explicada pelas noções de estigma e identidade social. A identidade social, que pode ser virtual ou real, refere-se ao conjunto de atributos exteriorizados pelo ser humano, os quais, reconhecidos pela sociedade, são utilizados para categorizá-lo dentro de um modelo padronizado do que esta considera “comum” ou “normal” para os detentores das mesmas características. Essa imagem exterior criada do julgamento da sociedade, chamada de identidade social virtual, por vezes não corresponde à real. Assim, quando alguém apresenta atributos diferentes do conhecido e classificado pela sociedade, ele é estigmatizado socialmente (MELO, 2020). A seu turno, estigma social é “um atributo que produz um amplo descrédito na vida do sujeito”, pois o vincula a ideia de mal ou ameaça à sociedade. Nesse sentido, qualificado de tal modo, o indivíduo é marginalizado e impedido de acessar as mais diversas oportunidades que os considerados “normais” têm (MELO, 2020, p. 2). Observa-se, dessa forma, a relação entre os estigmatizados e as minorias, na medida que a exclusão social dos primeiros proporciona negativa e/ou restrição de direitos, como as sofridas pelos segundos.

Nesse ínterim, embora não tenham opiniões e crenças que sejam populares, esse grupo se enquadra em uma condição que justifica a adequação da incidência dos direitos fundamentais, os quais devem ser administrados de um modo que resulte em excessos e venham a causar de maneira injustificável, danos a ele. Pode-se dizer que é como se os direitos das minorias se enquadrassem como seus “bens” frente à maioria democrática, o que leva a uma maior responsabilização do Estado com esses que se constituem como mais vulneráveis (Rosa, 2021, p. 12).

Por isso que, em razão das peculiaridades das crenças das Testemunhas de Jeová, incluindo a recusa às transfusões sanguíneas, elas acabam por serem afetadas pela discriminação em razão do afastamento do que é recorrente à maioria, o que não exclui o Estado de buscar a construção do que o preâmbulo da Carta Magna de 1988 busca: uma sociedade fraterna (Resende, 2021, p. 16). Infelizmente, no entanto, conforme relatório produzido pelo Departamento Jurídico das Testemunhas de Jeová no Brasil e publicado pelo Ministério Público do estado de São Paulo,

desde a década de 1970, muitos pacientes no Brasil têm enfrentado intenso sofrimento físico e emocional, visto que sua solicitação para receber tratamento com uso de estratégias médicas alternativas às transfusões de sangue é desrespeitada, resultando na realização de infusão forçada de sangue em seus corpos. A maior parte desses pacientes é fisicamente contida, utilizando-se meios como amarração, sedação ou força policial. O Estado brasileiro tem permitido e até mesmo promovido tais violações, pois o Judiciário rotineiramente autoriza tal tratamento. Não existem no Brasil disposições legais aptas a coibir, de forma clara e específica, esse tipo de desrespeito aos direitos individuais, à liberdade de consciência, liberdade de religião, à autonomia (integridade corporal), dentre outros direitos cuja violação implica a lesão ao princípio da dignidade humana (MPSP, 2021, p. 2).

Por que é importante ponderar esses pontos antes de entrar em uma consideração mais profunda sobre os desafios de se implementar o Programa de Gerenciamento de Sangue no Brasil? Porque essas considerações dizem muito sobre uma das principais razões de ele ainda não ser considerado como um procedimento padrão em coerência com o que ocorre em outros países: o preconceito. No capítulo anterior, foi mencionado que o PBM só foi considerado pelo judiciário no contexto envolvendo as Testemunhas de Jeová. Além disso, uma das organizações que mais difunde conhecimento sobre o tema no Brasil é justamente a Comissão de Ligação com Hospitais (Colih) que, conforme já explicado, é composta por membros voluntários que também são Testemunhas de Jeová (ATCJ, 2012).

O resultado disso é que muitos médicos atribuem o PBM como uma iniciativa das Testemunhas de Jeová para burlar os procedimentos médicos usuais, mas isso não é verídico. As discussões do tema foram sim iniciadas porque muitos procedimentos e protocolos usados por ele foram primariamente usados no tratamento desse grupo minoritário, no entanto, a realidade é que o benefício dessas técnicas passou a ser visto como o melhor para todos os pacientes. Tanto é que, em um artigo da PubMED, Franchini *et al.* destaca que, o PBM é uma abordagem multimodal, multidisciplinar e tão revolucionária à medicina transfusional que, embora tenha sido criada para pacientes cirúrgicos, conseguiu evoluir de tal maneira a contribuir para melhorias clínicas em outras várias condições médicas (2019, *on-line*).

Nesse sentido, a Revista *Nature* destaca, em tradução livre, que conquanto haja uma recomendação médica por um uso restrito das transfusões, “mudar décadas de prática médica estabelecida não é fácil. Mesmo quando as diretrizes são claras, as evidências sugerem que os clínicos frequentemente falham em segui-las” (Anthes, 2015, *on-line*). O artigo ainda continua:

“Desmamar os médicos de seu caso de amor com o sangue vai ser mais difícil do que pensamos”, diz Ian Roberts, diretor da Unidade de Ensaio Clínicos da London School of Hygiene & Tropical Medicine. [...] Tirar os médicos do seu caso de amor com o sangue vai ser mais difícil do que imaginamos. [...] Apenas mudar recomendações clínicas pode não ser suficiente. “A maioria das pessoas não presta atenção às diretrizes”, diz Victor Ferraris, um cirurgião cardiotorácico da Universidade de Kentucky em Lexington. E isso pode ser particularmente verdadeiro quando as diretrizes parecem contradizer observações em primeira mão. “Cirurgiões são muito, muito orientados para a experiência”, diz Ferraris. [...] Ele acha que a intervenção simples teve sucesso por várias razões. Por um lado, os médicos podem mudar seu comportamento quando pensam que estão sendo observados. Mas os alertas também lembraram os clínicos sobre as diretrizes e forneceram links para a literatura relevante. Eles também forçaram os médicos a desacelerar e pensar, em vez de recorrer a procedimentos padrão reflexivos e há muito arraigados. [...] Os clínicos podem decidir pedir o sangue de qualquer maneira, é claro. Ou eles podem parar, considerar as evidências e concordar com o que Goodnough acredita ser sua mensagem clara. “A transfusão de sangue mais segura”, ele diz, “é aquela que não é dada” (tradução livre).

Portanto, é possível concluir que a falta de conhecimento dos médicos acerca do PBM é mais relacionada a uma resistência quanto a aceitá-lo como permeado de evidências científicas do que a outros fatores. Infelizmente, porém, na era do negacionismo, onde opiniões são mais importantes que fatos e assim prevalecem, isso é algo, até certo ponto esperado. Segundo Cassiani *et al.*, o negacionismo científico não pode e nem deve ser considerado como algo restrito à atualidade ou ao

contexto nacional brasileiro, visto que a produção científica por si só, através de sua história, sempre foi envolta em cenários nos quais, por muitas vezes ir contra conhecimentos aceitos socialmente, teve que lidar com inúmeros obstáculos e rejeições (2022, p. 6).

Todavia, o impacto disso em questões de saúde era considerado ínfimo, sendo que, somente nos últimos anos começou a ganhar tremenda visibilidade com o aumento da força de negação de conceitos científicos (Cassiani *et al.*, 2022, p. 6). Em consonância a isso, Vilela e Selles discorrem:

Assim, explicações sem qualquer compromisso com evidências factuais se tornam uma verdade confortável, mas não confiável. Em outras palavras, produzem-se explicações que dizem o que as pessoas desejam que seja verdade, preservando a manutenção da ordem social e dos valores que se prezam, e assim as mantém apegadas a tais explicações, mesmo que evidências venham desmenti-las (2020, p. 1730).

Felizmente, muitos países estão indo na contramão do negacionismo por aceitar que o PBM traz benefícios inigualáveis para suas populações. Segundo Anthes, o Instituto de Gerenciamento de Sangue de Pacientes e Medicina e Cirurgia sem Sangue do Hospital e Centro Médico *Englewood*, em Nova Jersey (EUA), tem ajudado, desde aquela época, quase dez anos atrás, países como a Holanda, que desde 2000, busca informações nesse sentido, sendo uma das pioneiras em estabelecer protocolos sem sangue, à estilo do que posteriormente se tornaria o PBM 2015, *on-line*).

Outros países também se incluem nisso, como o Reino Unido, que entre 1999 e 2012, concentrou esforços em estabelecer novas diretrizes clínicas, bem como técnicas cirúrgicas menos invasivas e com menos demandas por hemácias; nos Estados Unidos, somente entre 2008 e 2011, o número de transfusões sanguíneas com hemácias, bem como sangue total, foi reduzido em cerca de 8%, o que fez com que, mesmo sem um pronunciamento oficial da OMS com protocolos específicos de PBM, o cancelamento de cirurgias em razão da escassez de sangue caísse significativamente em todos os hospitais dos EUA; entre outros (Anthes, 2015, *on-line*). Dessa maneira,

Os médicos estão administrando suplementos de ferro para pessoas com anemia que estão programadas para cirurgia eletiva, minimizando a quantidade de sangue coletado para exames laboratoriais e usando técnicas de "salvamento de células" que coletam e então reinfundem o sangue que um paciente perde durante a cirurgia. Muitas dessas medidas têm sido

usadas há muito tempo para tratar Testemunhas de Jeová, que se opõem a transfusões por motivos religiosos; agora elas estão sendo aplicadas à população em geral (Anthes, 2015, *on-line*, em tradução livre).

Seguir esses exemplos internacionais e assim promover políticas no âmbito nacional que gerem a concretização dos protocolos de PBM é essencial para garantir inclusive, que objetivos da Agenda 2030 para desenvolvimento sustentável sejam alcançados, já que ele abarca vários ODS, como, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU): saúde e bem-estar (ODS 3), ao melhorar não somente a qualidade dos cuidados, como a segurança dos pacientes; inovação e infraestrutura (ODS 9), por promover um sistema mais eficaz de saúde, com práticas baseadas em evidências; redução das desigualdades (ODS 10), ao ajudar a garantir a mais pacientes o tratamento necessário, independentemente de crenças e de sua condição socioeconômica, ao otimizar o uso de hemocomponentes; consumo e produção responsáveis (ODS 12), por usar adequadamente recursos sanguíneos e, assim, favorecer a existência de uma gestão mais responsável e sustentável; e parcerias e meios de implementação (ODS 17), ao contribuir para que instituições de saúde, organizações e governos colaborem em estabelecer um gestão de saúde mais eficaz (ONU, 2015, *on-line*).

Em concordância a isso, o PBM favorece o cumprimento também da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), a qual, em seu artigo 25, determina que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, [...] cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”, e, complementando essa ideia, cumpre também seu artigo 27, que expressamente diz que “todo ser humano tem o direito de [...] participar do progresso científico e de seus benefícios” (ONU, 1948, p. 6), mostrando que, a aplicação dos avanços científicos, principalmente na área da medicina, é um direito da sociedade. E, segundo Pedroso (2023, p. 9-11), o Brasil, inclusive, possui arcabouço para promover esse direito à sociedade:

Estudo brasileiro concluiu que um programa de PBM pode ser implementado em um hospital público brasileiro sem aumentar custos ou exigir grandes contribuições financeiras, envolvendo essencialmente uma reorganização dos fluxos de trabalho. De fato, as intervenções mais comumente propostas pelo PBM encontram-se contempladas no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos de análise econômica também demonstraram significativa redução de custos com o PBM. [...] A MBE [Medicina Baseada em Evidências] também tem sido pouco utilizada no meio jurídico brasileiro. Estudo que analisou decisões de Tribunais Federais concluiu que a MBE não foi utilizada como

fundamento na maioria das decisões, nem contribuiu para uma análise mais adequada da situação do paciente. Seguindo o importante princípio bioético atribuído a Hipócrates, “*Primum non nocere*” (antes de tudo, não fazer mal), se faz necessário reavaliar com urgência a permanência no arsenal médico de uma terapia que apresenta benefício duvidoso, mas danos comprovados. [...] Até que esta reavaliação seja feita de forma cabal pela comunidade médica, os pacientes devem ser integralmente e adequadamente informados desde já a respeito de todos estes fatos para que possam exercer de forma plena sua autonomia.

Mesmo que a passos lentos, o Brasil tem tido alguns avanços quanto à temática aqui abordada. Por exemplo, existem instituições como a HCor, da Associação Beneficente Síria (Jatene, 2023) e a Fundação Pró-sangue (Biagini, 2021) que disponibilizam protocolos de Gerenciamento de Sangue do Paciente de maneira gratuita para médicos e enfermeiros de todo país. A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; a Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular; o Instituto Bloodless e o EducaSangue também disseminam informações sobre o PBM. A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2024, *on-line*) tem uma linha de pesquisa no curso de Medicina chamada “Estudos Avançados em *Patient Blood Management* – PBM” e é uma das universidades pioneiras no Brasil em incentivar os estudos nessa área aos novos profissionais da saúde, embora ainda não esteja nas diretrizes curriculares de graduação e pós-graduação do MEC.

Além desses, existem outras iniciativas, como a Fundação Hemocentro de Brasília, que, desde antes da pandemia de 2020, divulga cartazes sobre o tema, com dizeres como: “Os tempos mudaram, atualize seus conceitos: Cirurgia sem transfusão deve ser o plano terapêutico para todos os pacientes” e, desde janeiro de 2024, tem trabalhado para viabilizar o PBM no Distrito Federal (FHB, 2024, *on-line*). Em decorrência desses trabalhos de suma relevância como esses, o Conselho Federal de Enfermagem até mesmo incluiu na Resolução COFEN n.º 709/2022 a responsabilidade dos enfermeiros em atuar no Programa de Gerenciamento do Ciclo do Sangue, por buscar fazer uso de estratégias alternativas à transfusão e minimizar exposição a produtos com hemocomponentes de maneira desnecessária (COFEN, 2022, *on-line*). E, como último exemplo a ser mencionado, mas não menos importante, está o estado do Ceará, que, de maneira muito a frente que o poder estatal,

há quase duas décadas, existem ações voltadas para o uso racional do sangue e seus componentes, além de uso de técnicas de conservação do sangue em grandes hospitais do SUS, no âmbito estadual e federal. Essa

experiência de quase 20 anos, tornou possível dar um passo adiante com a criação de um programa estadual de estímulo ao Patient Blood Management – PBM criado pela Portaria Estadual Nº 2576/2017 da Secretaria Estadual da Saúde. As práticas estão disseminadas em vários serviços hospitalares (HEMOCE, s.d., *on-line*).

Diante todo o exposto, conclui-se com certa facilidade que o PBM e as estratégias alternativas são o padrão para o atendimento de todos os pacientes e não apenas para aqueles que rejeitam esse tratamento, independentemente do motivo. No já mencionado guia de protocolo publicado pela OMS, ela destaca isso de maneira enfática ao mencionar que essa prática médica, mesmo simples na maioria de seus procedimentos, é revolucionária e possui o potencial de melhorar de forma significativa a saúde não de alguns indivíduos, mas da população global por aumentar a segurança do paciente e, gradativamente, extinguir a dependência internacional quanto às transfusões. A OMS corrobora ainda a essencialidade da instituição do PBM como padrão de cuidados em sistemas em todo o mundo embasando-se no amplo endosso da própria organização, a qual, está munida das evidências científicas e econômicas supracitadas (OMS, 2021, p. 6).

Embora a defesa do PBM seja considerada pela autoridade mundial no campo da saúde e medicina como sendo uma prova de respeito aos princípios fundamentais da ética, ela mesmo admite, conforme outros autores concordam, que existe uma imensa resistência para sua concretização. Uma das barreiras mencionadas é a falta de conscientização não só da classe médica, mas também de pacientes e autoridades que tem a responsabilidade frente a cobertura universal da saúde. Além disso, a OMS explicita que a implementação do PBM envolve, antes de esforços conjuntos, mudanças comportamentais e culturais, já que as práticas médicas atuais, incluindo o uso excessivo de transfusões de sangue alogênico, estão profundamente enraizados na mentalidade cultivada nas academias de medicina e na sociedade no geral. Apesar disso, ela destaca seu compromisso em, com cada vez mais afinco, vincular o PBM ao conceito de saúde pública e de melhoria dos cuidados com a saúde, em todos os níveis (OMS, 2021, p. 6).

Essas ponderações destacam como preconceitos devem ser vencidos nessa seara e como isso envolve madureza e responsabilidade com a veracidade científica. Se a OMS destaca a necessidade de implementação de práticas médicas que melhorariam a saúde de toda a população, isso não se trata mais de uma conjectura, mas do que a ciência diz. Postergar as medidas que visem a implementação do PBM

seria assim uma negligência com a saúde dos cidadãos brasileiros. A Constituição Federal é clara (Brasil, 1988, art. 196, *caput*), ao esclarecer que o direito à saúde é um dever do Estado, direito de todos os cidadãos e, por conseguinte, enseja uma garantia “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e se um protocolo médico, como o PBM, é sinônimo objetivo de saúde da sociedade, aplicá-lo deve ser uma prioridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição do que é ciência perpassa inúmeros processos, mas uma conclusão direta dela é que o se define como fato, ou seja, do que não há como ser questionado de forma subjetiva, tendo em vista que a objetividade do estabelecido já se tornou uma verdade factual, um princípio, um padrão. Trazendo esse raciocínio para o âmbito do Programa de Gerenciamento de Sangue (PBM), é de fácil e objetiva compreensão que não há o que discutir frente à sua validade. Na realidade, uma negligência do que sua existência como tratamento e protocolo médica representa é uma negligência direta à Organização Mundial da Saúde (OMS) e o que ela representa: a mais avançado que a medicina proporciona à saúde.

A adoção do PBM no Brasil é não apenas uma necessidade médica, mas uma questão de justiça social e equidade em saúde, além de se constituir como um passo vital para a evolução do sistema de saúde e crucial para a melhoria da qualidade do atendimento médico, uma vez que almeja melhorar os resultados clínicos e garantir práticas médicas mais seguras e eficazes. Ademais, não é única e exclusivamente uma questão de modernização das práticas médicas, mas um compromisso ético em garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados que respeitem suas escolhas e promovam seu bem-estar.

A implementação do PBM representa uma oportunidade para construir um sistema de saúde mais eficaz e inclusivo, alinhado às melhores práticas internacionais, além de ser primordial para melhorar os resultados clínicos e promover uma prática médica baseada em evidências. Além disso, é vital garantir que todos os pacientes, Todos os pacientes, independentemente de sua condição de saúde, crenças religiosas ou limitações, têm o direito a um tratamento seguro e efetivo. A vasta evidência científica que sustenta as vantagens de estratégias transfusionais restritivas é um forte argumento para que a medicina moderna se desvincule de hábitos antigos que não se sustentam mais sob uma análise crítica.

Portanto, ressalta-se que a tomada do PBM como prática médica padrão deve ser vista como uma questão de justiça social. Considerar a implementação do PBM como uma questão de equidade em saúde é uma consequência de se compreender que todos os pacientes (inclusive os grupos minoritários, como as Testemunhas de Jeová) têm o direito de receber cuidados que respeitem suas consciências e escolhas pessoais, e o PBM permite que essa autonomia do paciente seja preservada. Ao

promover uma cultura de respeito por essa mesma autonomia e pela ciência como um todo, o Brasil avançará em direção a um sistema de saúde mais justo e eficaz, alinhado com os princípios da Constituição e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.

Obviamente, mudanças não são passíveis de ocorrerem sem um esforço envolvido. Todavia, antes de qualquer alteração no mundo físico, se é exigida uma transformação no mundo inteligível das ideias. No caso do PBM, está envolvida uma mudança profunda de paradigmas instituídos há décadas como sendo o que era de melhor. Portanto, para que a ciência possa predominar com suas novas determinações, é necessário que preconceitos sejam deixados de lado e que, embora gradualmente, haja a abertura de mentalidade para o reconhecimento de fatos sobre os padrões atuais, o que incluem os hemocomponentes, que não podem ser ignorados.

Superar a resistência à mudança e combater preconceitos são passos essenciais para integrar o PBM como um protocolo padrão nos cuidados de saúde, para isso, é de suma importância que o Estado invista em educação e conscientização sobre sua base científica. É fundamental promover educação continuada para profissionais de saúde, bem como sensibilização da sociedade em geral sobre os benefícios do PBM. Assim o sendo, frisa-se: a resistência à adoção do PBM não é apenas uma questão de mudança de práticas médicas; é também uma luta contra preconceitos e estigmas que ainda permeiam a prática clínica. Assim, a educação continuada e a conscientização sobre os benefícios do PBM são fundamentais para a formação de profissionais de saúde mais informados e abertos a novas abordagens.

Esse trabalho, por conseguinte, teve um objetivo claro: evidenciar que a ciência, em uma era de negacionismo, não pode ser ignorada em detrimento do que é melhor não apenas para uma minoria, mas para todo um contingente populacional. O PBM foi sim inicialmente abordado na jurisprudência brasileira por uma vertente trazida à baila para garantir liberdades individuais de um grupo, mas sua abrangência se estende de modo completo aos benefícios que ele traz a todas as nações ao qual é submetido. Aceitar novos padrões, longe de ser um retrocesso, é uma demonstração do que a humanidade tem todo potencial para ter: conhecimento cada vez mais avançado. Implementar o PBM é assim a garantia de evolução científica da medicina, com base na Medicina Baseada em Evidência (MBE), e de uma população no geral

mais saudável – e isso é dever do Estado garantir como um direito inerente a todos os seus cidadãos.

REFERÊNCIAS

- AGREE. **Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II** [on-line], 2017. Disponível em: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>. Acesso em: 13 maio 2024.
- ATCJ. **Comissões de Ligação com Hospitais para as Testemunhas de Jeová**. Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová [on-line], 2012. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/informacoes-medicas/comissoes-ligacao-hospitais-testemunhas-de-jeova/>. Acesso em: 11 maio 2024.
- ATCJ. **Relatório de países e territórios — 2023**. Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová [on-line], 2024. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/livros/Relat%C3%B3rio-Mundial-das-Testemunhas-de-Jeov%C3%A1-do-Ano-de-Servi%C3%A7o-de-2023/Relat%C3%B3rio-de-pa%C3%ADses-e-territ%C3%B3rios-2023/>. Acesso em: 17 set. 2024.
- ALTHOFF, Friederike C. *et al.* **Multimodal patient blood management program based on a three-pillar strategy: a systematic review and meta-analysis.** *Annals of surgery*, v. 269, n. 5, p. 794-804, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/FullText/2019/05000/Multimodal_Patient_Blood_Management_Program_Based.3.aspx. Acesso em: 11 maio 2024.
- BEZERRA, Antônio Luiz Moreira. **Brasil registra mais de 3 milhões de doações por ano no SUS**. Assembleia Legislativa do Piauí [on-line], 2024. Disponível em: <https://www.al.pi.leg.br/tv/noticias-tv-1/brasil-registra-mais-de-3-milhoes-de-doacoes-de-sangue-por-ano-no-sus>. Acesso em: 11 maio 2024.
- BIAGINI, Silvana. **Gerenciamento de Sangue do Paciente: Patient Blood Management (PBM)**. São Paulo: Fundação Pró-sangue [on-line], 2021. Disponível em: <https://www.prosangue.sp.gov.br/uploads/arquivos/Manual%20PBM%202021%20Final.pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.
- BLOODLESS. **Bloodless** [on-line], s.d. Disponível em: <https://bloodless.com.br/bloodless/>. Acesso em: 13 maio 2024.
- BRASIL. 4ª Vara Federal do Rio de Janeiro: 2023. Ação Civil Pública n.º 5103690-53.2021.4.02.5101/RJ. Mario Victor Braga Pereira Francisco de Souza, Juiz Federal Substituto na Titularidade Plena. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/un/uniao-executar-projeto-gerenciamento.pdf>. Acesso em: 24 maio 2024.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 27 maio 2024.

BRASIL. Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC): Rio de Janeiro, 2020. **Recomendação nº 5, de 27 de julho de 2020**. Inquérito Civil n.º 1.30.001.003183/2012-62. Renato de Freitas Souza Machado, Procurador Regional dos Direitos do Cidadão. Diário de Justiça, 17 ago. 2020, fls. 18-23. Disponível em: <http://www.transparencia.mpf.mp.br/conteudo/diarios-e-boletins/diario-eletronico-dmpf-e/2020/DMPF-EXTRAJUDICIAL-2020-08-18.pdf>. Acesso em: 27 maio 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal: Brasília, 2017. **Recurso Extraordinário RE: 979742/AM**. Relator: Min. Roberto Barroso. Diário de Justiça, 01 ago. 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=6974138>. Acesso em: 24 maio 2024.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 709/2022**. Conselho Federal de Enfermagem [online], 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-709-2022/>. Acesso em: 18 set. 2024.

CASSIANI, Suzani *et al.* Negacionismo científico e crítica à Ciência: interrogações decoloniais. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 28, e22000, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/WSht8HLnbbGLdBH4nFCWBJS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2024.

ELAGAMI, Rokaia A; GALLEGOS, Claudia Lopez; LAUX, Caroline Mariano *et al.* A importância dos estudos clínicos randomizados e seu impacto na tomada de decisão clínica. **Rev. Cient. CRO-RJ (on-line)**; 7(1): 3-8, Jan-Apr 2022. Disponível em: [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1382120#:~:text=Os%20ensaios%20cl%C3%ADnicos%20randomizados%20\(ECRs,dos%20mesmos%20\(revis%C3%B5es%20sistem%C3%A1ticas\)](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1382120#:~:text=Os%20ensaios%20cl%C3%ADnicos%20randomizados%20(ECRs,dos%20mesmos%20(revis%C3%B5es%20sistem%C3%A1ticas).). Acesso em: 11 maio 2024.

FHB. **Hemocentro coordenará GT para implantação de metodologia para gerenciamento do sangue do paciente**. Fundação Hemocentro de Brasília [online], 2024. Disponível em: <https://hemocentro.df.gov.br/hemocentro-coordenara-gt-para-implantacao-de-metodologia-para-gerenciamento-do-sangue-do-paciente/>. Acesso em: 18 de set. 2024.

FRANCHINI, Massino *et al.* *Patient Blood Management: a revolutionary approach to transfusion medicine*. **Blood Transfus.** 2019 May; 17(3): 191–195. Published online 2019 Jun 19. doi: 10.2450/2019.0109-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6596379/>. Acesso em: 17 set. 2024.

FRENZEL, Tim *et al.* *Our own blood is still the best thing to have in our veins*. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 21, n. 5, p. 657-663, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18784495/>. Acesso em: 06 maio 2024.

HALL, Robert J. Denton A. Cooley. **Clinical Cardiology**, v. 14, n. 10, p. 857-859, 1991. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/clc.4960141014>. Acesso em: 11 maio 2024.

HEMOCE. **O que é PBM?** HEMOCE – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Ceará [on-line], s.d. Disponível em: <https://www.hemoce.ce.gov.br/servicos/espaco-do-paciente/patient-blood-management-pbm/>. Acesso em: 17 set. 2024.

ISBISTER, J. Why should health professionals be concerned about blood management and blood conservation. **Updates in Blood Conservation and Transfusion Alternatives**, v. 2, p. 3-7, 2005. Disponível em: https://patientbloodmanagement.org/wp-content/uploads/2023/05/Updates_Vol2_Dec_2005.pdf. Acesso em: 11 maio 2024.

JATENE, Fábio. **Protocolo de Gerenciamento de Sangue do Paciente**. HCor – Associação Beneficente Síria [on-line], 2023. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2023/10/hcor-protocolo-de-gerenciamento-de-sangue-do-paciente-pbm-2023-v3-2023-10-16.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

MANDELL, Brian F. **Medicina baseada em evidências e diretrizes clínicas**. Manual MSD: Versão para profissionais de saúde [on-line], 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/tomada-de-decis%C3%A3o-cl%C3%ADnica/medicina-baseada-em-evid%C3%A2ncias-e-diretrizes-cl%C3%ADnicas>. Acesso em: 11 maio 2024.

MEC. **Saúde**. Brasília: Ministério da Educação [on-line], s.d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em: 17 set. 2024.

MPSP. **Violações de direitos humanos e liberdade religiosa contra Testemunhas de Jeová: Relatório 2021**. São Paulo: Ministério Público de São Paulo [on-line], 2021. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/VIOLAC OES-de-direitos-humanos-e-liberdade-religiosa.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

OMS. **The urgent need to implement Patient Blood Management: Policy brief**. Genebra, Suíça: *World Health Organization* (WHO), 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035744>. Acesso em: 06 maio 2024.

UNU. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. ONU (on-line), 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 18 set. 2024.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Organização das Nações Unidas, 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 18 set. 2024.

PAVENSKI, Katerina *et al.* Quality of evidence-based guidelines for transfusion of red blood cells and plasma: a systematic review. **Transfusion Medicine Reviews**, v.

32, n. 3, p. 135-143, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887796318300178>. Acesso em: 11 maio 2024.

PEDROSO, Juan Carlos Montano. **Gerenciamento de Sangue do Paciente (PBM):** um caminho para a medicina sem sangue. In SciELO Preprints, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6564>. Acesso em: 01 maio 2024.

PEDROSO, Juan Carlos Montano *et al.* **Gerenciamento de Sangue do Paciente (Patient Blood Management – PBM):** uma maneira eficaz, segura, custo-efetiva e baseada em evidências para prover tratamento médico diante da escassez das bolsas de sangue causada pela pandemia de COVID-19. In *SciELO Preprints*, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/291/959>. Acesso em: 01 maio 2024.

REALE, Miguel. **Filosofia do Direito**. 20ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

RESENDE, Augusto César Leite de *et al.* A (in) existência de conflito entre os direitos de liberdade religiosa e à saúde: O dever do Estado de fornecer tratamento alternativo para Testemunhas de Jeová. **Revista Direitos Democráticos & Estado Moderno** | Faculdade de Direito da PUCSP | Nº. 02 | p.51-77 | Jan. / Jun. 2021. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/DDEM/article/view/50889/35509>. Acesso em: 17 set. 2024.

ROSA, Luiz Carlos Goiabeira *et al.* O direito dos Testemunhas de Jeová ao custeio de tratamento alternativo pelas operadoras de planos de saúde. **CIDP – Centro de Investigação de Direito Privado**, Ano 7 (2021), n.º 6, 1619-1639. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2021/6/2021_06_1619_1639.pdf. Acesso em: 17 set. 2024.

SANTOS, Antônio Alceu dos Santos *et al.* Opções terapêuticas para minimizar transfusões de sangue alogênico e seus efeitos adversos em cirurgia cardíaca: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** **2014**;29(4):606-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/d8jFp8y6vSQMPwHGJHqNFjQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2024.

SES-RS. **HEMOCENTRO ABRIRÁ NO SÁBADO E PRECISA DE REFORÇO NOS ESTOQUES DE SANGUE**. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul [*on-line*], 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/hemocentro-abrira-no-sabado-e-precisa-de-reforco-nos-estoques-de-sangue>. Acesso em: 27 maio 2024.

SILVA, Dalila Freitas Rocha *et al.* Direito de recusa às transfusões de sangue: um reflexo da dignidade da pessoa humana, dos direitos humanos e da expansão do direito à saúde. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente v. 12 n. edispdir (2021):** I Congresso Internacional de Direito da Amazônia Ocidental e III edição da Semana Jurídica da FAEMA. Disponível em:

<https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/1045/950>. Acesso em: 11 maio 2024.

STF. STF ouve argumentos sobre tratamento de saúde diferenciado por convicções religiosas. Brasília: Supremo Tribunal Federal [*on-line*], 2024.

Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-ouve-argumentos-sobre-tratamento-de-saude-diferenciado-por-conviccoes-religiosas/>. Acesso em: 19 set. 2024.

UNIFESP. Programa visa gerenciar sangue de pacientes de forma mais segura e eficaz. Departamento de Comunicação Institucional da Universidade Federal de São Paulo [*on-line*], 2024. Disponível em: <https://dci.unifesp.br/assessoria-de-imprensa-e-jornalismo/releases/programa-visa-gerenciar-sangue-de-pacientes-de-forma-mais-segura-e-eficaz>. Acesso em: 18 set. 2024.

VILELA, Mariana Lima; SELLES, Sandra Escovedo. É possível uma educação em ciências crítica em tempos de negacionismo científico? **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, Florianópolis, v. 37, n. 3, p. 1722-1747, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-7941.2020v37n3p1722>. Acesso em: 18 set. 2024.

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Dalila Freitas Rocha Silva

CURSO: Direito

DATA DE ANÁLISE: 19.09.2024

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **0,2%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [▲](#)

Suspeitas confirmadas: **0,2%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [▲](#)

Texto analisado: **96,32%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.9.4
quinta-feira, 19 de setembro de 2024

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente DALILA FREITAS ROCHA SILVA n. de matrícula **45835**, do curso de Direito, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,2%. Devendo a aluna realizar as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: ISABELLE DA SILVA SOUZA
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente -
FAEMA

ISABELLE DA SILVA SOUZA
Bibliotecária CRB 1148/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA